خانی پور ، حمید ؛ سهرابی ،فرامرز ؛طباطبایی ، سعید (۱۳۹۰). مقایسه باور های فراشناختی و راهبرد های کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار وبیمارگون از نگرانی. پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره ، ۱ (۱)، ۸۲- ۷۱.

مقایسه باور های فراشناختی و راهبرد های کنترل فکر در دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون از نگرانی

حمید خانی پور[1] ، فرامرز سهرابی[2]، سعید طباطبایی[3]

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۹/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۲۹

چکیده

این مطالعه با هدف مقایسه برخی از مهمترین باور های فراشناختی و راهبرد های کنترل فکر در میان دانشجویان با سطوح طبیعی و بیمارگون نگرانی انجام شد. به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای، ۱۴۶ دانشجوی کارشناسی انتخاب شدند و از آنها خواسته شد تا پرسشنامه های باور های فراشناختی، راهبرد های کنترل فکر و نگرانی پن سیلوانیارا تکمیل کنند. سپس دو گروه با نگرانی طبیعی و بیمارگون براساس نمره نگرانی در آزمون از هم جدا شدند. داده ها به وسیله آزمون های t برای گروه های مستقل و آزمون رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین دو گروه از لحاظ سه متغیر باور های فراشناختی مثبت درباره نگرانی، باور های کنترل نا پذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر خود تنبیهی تفاوت معناداری وجود دارد. اما میان راهبرد کنترل اجتماعی میان دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که تنها باور های فراشناختی مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر توانایی پیش بینی نگرانی بیمارگون را دارند. نتایج این پژوهش از این دیدگاه حمایت می کند که باور های فراشناختی و راهبرد های کنترل فکر نقش مهمی را در تداوم نگرانی دارند.

واژه های کلیدی: *نگرانی،باور های فراشناختی ، راهبرد های کنترل فکر*

[1] دانشجوی دکتری دانشگاه علامه طباطبایی، khanipur.hamid@gmail.com

[2] دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

[3] کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

مقدمه

نگرانی موضوع مهمی هم از لحاظ پژوهش و هم از لحاظ نظریه پردازی می باشد، زیرا بسیاری از فرایند های دخیل در آن در بسیاری از اختلالات روانشناختی دیگرنیز نقش دارند(دیوی و ولز[1]، ۲۰۰۶). تبیین و شناسایی سازوکار های دخیل در توسعه و تداوم نگرانی می تواند در ضابطه مندی و ارائه مداخله های روانشناختی در سایر اختلالات اضطرابی نیز نقش داشته باشد. از نگرانی تعریف های مختلفی شده است. بارلو[2] (۲۰۰۲) نگرانی را نشانگر نوعی تلاش برای حل مسئله به شکل فعالیت ذهنی بر روی موضوعی می‌داند که احتمالاً همراه با عواقب منفی است. تا کنون مدل ها و ضابطه مندی های های شناختی مختلفی از نگرانی در ارتباط با چگونگی شکل گیری و تداوم آن در اختلالات روانشناختی مختلف به ویژه اختلالات اضطرابی انجام شده است(برای مثال بک و امری[3]،۱۹۸۵، بورکووک[4]،۱۹۹۸، فوآو کوزاک[5]،۱۹۸۶ به نقل از دیوی و ولز، ۲۰۰۶ ،دوگاس،مرشاندا،لدسر[6] ،۲۰۰۵). در تمامی مدل هایی که تا کنون برای تبیین نگرانی بیمارگون ارائه شده است تاکید اصلی بر روی جنبه محتوایی شناختواره های در گیر در نگرانی بوده است. نگرانی می تواند محتواها و مضامین مختلفی اعم از مشکلات تحصیل و شغل، سلامت خود و خانواده، مسائل اجتماعی، مشکلات بین فردی و امور مالی را در بر بگیرد(زَب و لاویبند[7]، ۲۰۰۲). اما به نظر می رسد آنچه در تبدیل آن به حالات بیمارگون مانند‌اختلال اضطراب تعمیم یافته،اضطراب اجتماعی،اختلال آسیمگی یا اختلال وسواس فکری و عملی نقش دارد شیوه های فکر کردن درباره افکار(فراشناخت) و راهبرد هایی است که افراد برای کنترل توجه و بازبینی افکار خود به کار می گیرند.

مطالعه فراشناخت ابتدا در حوزه روانشناسی رشد و یادگیری وراهبردهای دخیل در به یادسپاری مورد پژوهش قرار گرفته است(فلاول[8]، ۱۹۷۹ به نقل ازسیف، ۱۳۸۲) اما مفهوم بندی های جدید آن را به حوزه اختلالات هیجانی کشانده است(ولز، ۲۰۰۰). از حیث مفهوم بندی های جدید، مدلی که بخواهد کنترل ذهن راتبیین کند باید دو بخش را در بر بگیرد: فعالیت شناختی و عاملی که تعدیل و ارزشیابی این فعالیت شناختی را

---

[1]Davey &Wells
[2]Barlow
[3]Beck&Emrry
[4]Borkovec
[5]Foa&Kozak
[6]Dugas, Marchanda,Ladoucer
[7]Szab &Lovibond
[8].Flavell

بر عهده دارد(فراشناخت). فراشناخت براین اساس از دانش ها و باورهای فرد درباره خود، تجارب فراشناختی(مثل نگرانی از نگرانی) و راهبرد های فراشناختی (مثل سرکوب افکار یا استفاده از روش های حواس پرتی) تشکیل شده است(ولز،۲۰۰۹). بر اساس نظریه فراشناختی آسیب پذیری هیجانی، الگوی پاسخ هایی که نظام شناختی برای مقابله از خود نشان می دهد و از آنها تعبیر به نشانگان شناختی توجهی[۱] می شود در نشانه شناسی و ضابطه مندی اختلالات هیجانی اعم از افسردگی و اختلالات اضطرابی نقش اصلی را دارد(ولز،۲۰۰۹). نگرانی نیز یکی از نشانه هایی است که در نشانگان شناختی توجهی نقش دارد.

پیش بینی های مربوط به این مدل در چند مطالعه آزمون شده است. کارت رایت هاتون[۲] و ولز(۱۹۹۷) و ولز و کارتر[۳](۲۰۰۱) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته، بیماران مبتلا به دیگر انواع اختلالات اضطرابی و گروه کنترل غیر بیمار را بر اساس باور های فراشناختی در ارتباط با نگرانی مقایسه کردند. نتایج این مطالعه‌ها نشان داده است که باور های مثبت درباره نگرانی به عنوان یک عامل مشترک در اکثر اختلالات اضطرابی نقش دارد اما عامل اساسی تفاوت گروه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته وجود باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر می باشد. روشیو[۴]و بورکووک(۲۰۰۴) نیز در مطالعه ای بر روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته با سطوح بالا و پایین نگرانی همین نتیجه را گزارش نمودند.

ولز و دیویس(۱۹۹۴) راهبرد های کنترل فکر شامل نگرانی کردن، خودتنبیهی، حواس پرتی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی را در بسط مدل فراشناختی اختلالات هیجانی به عنوان یکی از مولفه های اصلی مدل توسعه داده اند. بررسی ادبیات پژوهشی موجود، نشان ازگسترش قابل قبول و متمایز کننده این راهبرد ها داشته است (آبراموویچوچ،وتیساید،کولسی وتولین[۵]،۲۰۰۳؛ کولس و هیمبرگ[۶]، ۲۰۰۵؛ امیر،کاشمن و فوآ[۷]، ۱۹۹۷ ؛رینولد[۸]و ولز ۱۹۹۹).

مدل فراشناختی، چهارچوب مناسبی را برای درک نگرانی فراگیر و غیر قابل کنترل ارائه نموده است. هرچند در پژوهش های مختلفی، پیش بینی های این مدل آزمون شده است با این حال پیش بینی های مدل

---

[1]Cognitive Attentional Syndrom (CAS)
[2]Cartwright-Hatton
[3]Carter
[4]Ruscio
[5]Abramovitz,Whteside,Kalssy &Tolin
[6]Coles &Heimberg
[7]Amir,Cashman&Foa
[8]Reynold

فراشناختی در باره ی افراد غیر بیماری که سطوح نگرانی آنان درحد بیمارگون قرار دارد هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. هدف مطالعه حاضر مقایسه باور های فراشناختی مثبت مرتبط با نگرانی، باور های مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر و راهبرد های کنترل فکرخودتنبیهی و کنترل اجتماعی در دو گروه از دانشجویان با سطوح بهنجار و بیمارگون نگرانی می باشد.

روش

جامعه آماری، روش نمونه گیری و حجم نمونه

پژوهش حاضر از نوع طرح های علی- مقایسه ای است که به صورت مقطعی اجرا شده است. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شد(n=۱۴۶). جامعه هدف را کلیه دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی در سال ۱۳۸۷ تشکیل می دادند. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری خوشه ای بدین گونه استفاده شد که ابتدا از میان کلیه دانشکده ها دو دانشکده حقوق و روانشناسی به تصادف انتخاب شدند و از میان کلاس ها چهار کلاس از هر دانشکده به تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۵۰ نفر انتخاب شد که ۴ نفر از اعضای نمونه به دلیل ناکامل بودن پاسخ نامه ها یشان از نمونه خارج شدند و نمونه مورد بررسی به ۱۴۶ نفر رسید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه باور های فراشناختی: یک پرسش نامه ۳۰ گویه ای خود گزارش دهی است. پاسخ ها در این مقیاس بر پایه ی مقیاس ۴ درجه ای لیکرت(۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) نمره گذاری می شوند. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس می باشد که عبارتند از ۱) باورهای مثبت درباره نگرانی ۲) باورهای کنترل نا پذیری و خطر۳) باورهایی درباره ی کفایت شناختی ۴) باورهایی فراشناختی عمومی منفی در ارتباط با نیاز به کنترل ۵) باورهای فراشناختی در ارتباط با خود آگاهی شناختی. همه خرده مقیاس ها به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند و نمره های بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر در هر یک از زیر مقیاس ها می باشد. پایایی آن به روش بازآزمایی برای کل آزمون پس از دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس ها از ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است(ولز،کارترایت هاتون ، ۲۰۰۴). دامنه نمره ها برای هر یک از زیرمقیاس‌ها بین صفر تا هجده قرار دارد. ضریب همسانی درونی این آزمون در ایران به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس۰/۹۱ و برای خرده مقیاس ها در دامنه ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. همبستگی خرده مقیاس های آن با کل آزمون

در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ محاسبه شده است(شیرین زاده، دستگیری ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ۰/۸۴ به دست آمد. با توجه به نتایج مطالعات گذشته(دویس و والنتیر[1]، ۲۰۰۰ ؛ولز و کارتر،۲۰۰۱؛روشیو و بورکووک،۲۰۰۴) ما از دو زیر مقیاس باور های مثبت درباره نگرانی و باورهای کنترل نا پذیری و خطر به عنوان ملاکی برای مقایسه گروه ها استفاده نموده ایم.

پرسشنامه کنترل فکر[2] : پرسش نامه ی ۳۰ گویه ای است که برای شناسایی فراوا نی استفاده از پنج راهبرد کنترل فکر ساخته شده است و زیر مقیاس های آن عبارتند از حواس پرتی، خود تنبیهی، ارزیابی مجدد، کنترل اجتماعی و نگران شدن. هر زیر مقیاس از ۶ گویه تشکیل شده است که بر اساس یک مقیاس ۴ نمره ای به شیوه لیکرتی نمره گذاری می شود(از ۰= هرگز تا ۳=تقریبا همیشه). همسانی درونی زیر مقیاس ها از ۰/۷۹ – ۰/۶۴ گزارش شده است. پایایی آزمون- بازآزمون برای کل مقیاس ۰/۸۳– ۰/۶۷ به دست آمده است(ولز و دیویس، ۱۹۹۴). همه ماده های این پرسشنامه به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند به جز سه ماده از خرده مقیاس کنترل اجتماعی. دامنه نمرات برای هر یک از خرده آزمون ها ممکن است بین صفر و هجده باشد و در همه خرده آزمون ها نمره بالاتر به معنای بیشتر بودن سطح آن متغیر می باشد. در این پژوهش ضریب پایایی این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد. همچنین ضریب پایایی به روش آزمون-باز آزمون برای دو هفته ۰/۶۵به دست آمد. درمطالعات گذشته(ولز و دیویس،۱۹۹۴؛کولس و هیمبرگ،۲۰۰۵؛ سیکا،استکتی،جیزی، چیری،فرانچسکینی[3]،۲۰۰۷) توافق بالایی در مورد نقش راهبرد های کنترل فکر با نگرانی گزارش نشده است ولی در بیشتر پژوهش ها راهبرد ها به دو دسته مثبت و منفی تقسیم شده اند بر این اساس دو مقیاس مثبت و منفی (کنترل اجتماعی و خود تنبیهی) برای این پژوهش انتخاب شد.

پرسش نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا[4]: پرسش نامه ۱۶ گویه ای که برای سنجش نگرانی به کار می رود و عمومیت ، شدت ، غیرقابل کنترل بودن نگرانی بیمارگون (مثل نگرانی مرا از پای در میآورد، من همیشه نگرانم) را می سنجد. هر گویه براساس یک مقیاس ۵ درجه ای به شیوه ی لیکرتی نمره گذاری می شود(از ۱=

---

[1] Davies & Vallentier
[2]. Thought Control Strategies(TCQ)
[3] Sica,Steketee, Ghisi,Chiri&Franceschini
[4] Penn State Worry Questionnaire(PSWQ)

اصلاً در مورد من صدق نمی کند تا ۵= کاملا در مورد من صدق می کند). دامنه نمره ها از ۱۶ تا ۸۰ و نمره بیشتر نشانه ی تجربه نگرانی بیشتر است(میر،میلر[1] و بورکووک ۱۹۹۰؛به نقل از آنتونی،رومرو اورسیلو[2]، ۲۰۰۲). در ایران شیرین زاده دستگیری(۱۳۸۵) پایایی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۶، به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۷ گزارش کرده است. روایی همزمان آن با آزمون اضطراب بک ۰/۴۹گزارش شد. همچنین در این پژوهش ضریب همسانی این آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شده است.

دراین پژوهش برای جدا کردن افراد با نگرانی طبیعی از گروه با نگرانی بیمارگون کسب نمره ۴۵ در آزمون نگرانی پن سیلوانیا براساس پژوهش بیهار،آلکن،زولیگ[3]،بورکووک(۲۰۰۳) به عنوان نمره برش برای جدا کردن گروه دانشجویان با نگرانی طبیعی و بیمارگون استفاده شد.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر از مجموع ۱۴۶ شرکت کننده‌ای که پرسشنامه ها راتکمیل کرده بودند ۸۱نفر دختر(۵۵/۵ درصد)و ۶۵ نفر(۴۴/۵ درصد)پسر بودند. بر اساس نتایج به دست آمده از بین کل شرکت‌کنندگان ۷۱ نفر در گروه نگرانی طبیعی و ۷۵ نفر در گروه نگرانی بیمارگون قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار نگرانی بیمار گون در کل نمونه به ترتیب برابر با ۴۵/۵۲ و ۱۰/۱۰ محاسبه شد. شاخص های آماری (میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان) در متغیر های نگرانی بیمارگون، باورهای فراشناختی مثبت، باور های مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر، راهبرد های خود تنبیهی و کنترل اجتماعی برای دو گروه در جدول ۱ نشان داده شده است. برای مقایسه گرو ه ها از لحاظ متغیر های ذکر شده از آزمون t برای گرو های مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت بین میانگین دو گروه از لحاظ باور های کنترل ناپذیری و خطر، باور های مثبت درباره نگرانی و همچنین خودتنبیهی معنادار می باشد، اما این تفاوت درباره کنترل اجتماعی معنادار نبود. نتایج اجرای آزمون t مستقل نیز در جدول ۱ ارایه شده است.

---

1. Meyer&Miller
2. Anthony,Romer,Orsillo
3. Behar, Alcaine&Zuellig

جدول شماره ۱. شاخص های توصیفی و نتایج آزمون t برای گروه ها

متغیر	گروه با نگرانی طبیعی		گروه با نگرانی بیمارگون		t	*سطح معنا داری*
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
باور های مثبت	۹/۸۵	۳/۰۹	۱۲/۰۱	۴/۵۳	۴/۵۳	۰/۰۰۱
کنترل ناپذیری و خطر	۱۶/۳۶	۴/۳۰	۲۱/۸۰	۷/۱۹	۷/۱۹	۰/۰۰۱
خود تنبیهی	۱۰/۹۲	۳/۴۱	۱۳/۴۵	۴/۳۲	۴/۳۲	۰/۰۰۱
کنترل اجتماعی	۱۳/۱۸	۳/۳۴	۱۳/۶۰	۰/۷۷	۰/۷۷	۰/۵۴

p<۰/۰۰۱

در ادامه برای پیش بینی نمره نگرانی بر اساس متغیر های باورهای مثبت درباره نگرانی، باور های کنترل ناپذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر خودتنبیهی در کل نمونه از روش رگرسیون چند متغیره به شیوه گام به گام استفاده شد. نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس معناداری کل مدل رگرسیون در جدول ۲ و شاخص های تحلیل رگرسیون چند گانه در جدول۳ نشان داده شده اند.

جدول شماره ۲.شاخص های تحلیل واریانس یک راهه جهت معناداری کل مدل رگرسیون

متغیر	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
کنترل نا پذیری و خطر	رگرسیون	۶۵۷۹/۰۱۶	۱	۶۵۷۹/۰۱۶	۱۱۵/۱۲۱	۰/۰۰۱
	باقیمانده	۸۲۲۹/۴۲۳	۱۴۴	۵۷/۱۴۹		
	کل	۱۴۸۰۸/۴۳۸	۱۴۵			

جدول۳.شاخص های تحلیل رگرسیون چند گانه به شیوه گام به گام

متغیر	R	R^2	B	β	t	سطح معناداری
باور های کنترل ناپذیری و خطر	۰/۶۹	۰/۴۷۶	۱/۲۹۱	۰/۶۶۷	۱۰/۷۲۹	۰/۰۰۱
باور های مثبت فراشناختی	۰/۴۱	۰/۱۶۸	۰/۴۳	۰/۱۴۴	۲/۲۵	۰/۴۲
خود تنبیهی	۰/۳۷	۰/۱۳۶	۰/۵۱	۰/۱۹۱	۲/۰۴	۰/۵۳
کنترل اجتماعی	۰/۵۲	۰/۵۲۵	۰/۴۶	۰/۱۵۱	۲/۰۱	۰/۴۵

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد باور های فراشناختی مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر توانایی پیش بینی نگرانی بیمارگون را دارد R^2=۰/۴۷ و(F=۱۱۵/۱۲،df=۱،۱۴۴). همچنین ضریب بتا برای این متغیر برابر با ۰/۶۷= β به دست آمد.

بحث

پژوهش حاضر در راستای این فرضیه اساسی بود که آنچه موجب تمایز افراد نگران از غیر نگران می شود نه ماهیت شناختوارەهای مرتبط با نگرانی بلکه تفاوت در نوع برخورد و فرایند های فراشناختی است که راه انداز نشانه های اضطراب و سایر انواع آسیب های روانی می باشند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان به کارگیری باور های فراشناختی مثبت مرتبط با نگرانی و باور های فراشناختی مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر خودتنبیهی در افرادی که نگرانی بیمارگون دارند بیشتر است. این یافته همخوان با یافته های ولز و کارتر (۲۰۰۱) و روشیو و بورکووک (۲۰۰۴) می باشد.

در مدل فراشناختی اختلالات هیجانی(ولز، ۲۰۰۰) به جای اینکه نگرانی را یک نشانه محض اضطراب در نظر بگیرند، تاکید شده است که افراد باورهای مثبتی را در ارتباط با کارایی نگرانی در کمک به مقابله پرورش می دهند. سپس به واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مبتنی بر غیرقابل کنترل بودن و خطر، نوع دیگری از نگرانی تحت عنوان فرانگرانی در آنها شکل می‌گیرد. فرانگرانی موجب برانگیختن واکنش های جسمانی اضطراب، به راه انداختن رفتار هایی برای اجتناب از موقعیت های تهدید آمیز و راهبرد هایی برای کنترل فکر(بر اساس پژوهش حاضر خود تنبیهی) می گردد. در نتیجه عدم مورد چالش قرارگرفتن باورهای کنترل ناپذیری و خطر و نیز عدم مواجهه با شواهد خلافی که ثابت می کنند نگرانی قابل کنترل، بدون صدمه و غیر مداوم است، نگرانی در چنین افرادی پایدار باقی می ماند(دیوی و ولز،۲۰۰۶). بنابراین می توان بیان نمود که باور های فراشناختی مثبت درباره نگرانی ، باور های مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر و راهبرد کنترل فکر خود تنبیهی در بیشتر بودن نمره نگرانی در گروه با نگرانی بیمارگون نقش دارند.

در تبیین عواملی که در ایجاد این تفاوت نقش دارند به دلایل مختلفی می توان اشاره نمود. برای مثال اغلب افرادیکه باور های مثبتی درباره نگرانی دارند بر این باورند که نگرانی به حل مساله کمک می کند و موجب افزایش انگیزه درآنها می شود و اساساً نگران بودن در نزد این گونه از افراد به عنوان یک خصوصیت مثبت

شخصیتی تلقی می شود. این چنین باور هایی درباره نگرانی در این گروه از افراد از طریق تداعی های معیوب به واسطه مکانیسم های تقویت مثبت و منفی تثبیت می گردد(دوگاس،مرشاندا،لدسر، ۲۰۰۵).

دلیل دیگری که می توان برای بالاتر بودن اعتقاد به باورهای مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر و راهبرد خود تنبیهی در گروه افراد با نگرانی بیمارگون بر شمرد با ویژگی اصلی افراد نگران، یعنی نیاز شدید به آینده نگری و ترس از حوادث آینده مرتبط می باشد. این افراد نیاز شدیدی به زندگی کردن در آینده، در نظر گرفتن مشکلات بالقوه، کنترل و قطعیت در امور دارند(ولز و ماتئوس[۱]، ۱۹۹۶).

بر اساس یافته های این پژوهش نقش مثبتی برای راهبرد کنترل اجتماعی به عنوان راهبردی حمایت کننده درارتباط با نگرانی مشاهده نشد. این یافته بر خلاف پیش بینی های مدل فراشناختی و یافته های پژوهشی است که رابطه مثبتی را بین به کارگیری این راهبرد وکمتر شدن نگرانی گزارش نموده اند(کولس و هیمبرگ، ۲۰۰۵). اما از سوی دیگر برخی یافته ها و نظریه های جدید در باره نقش به کار گیری راهبرد های کنترل بر روی افکار، احساسات و هیجان های مزاحم ، کنترل را نه به عنوان راه حل بلکه به عنوان عامل اصلی ایجاد مشکل مطرح می کنند زیرا اساساً فرایند های درونی اعم از افکار نگران کننده و سایر تجارب هیجانی و شناختی همراه آن جزو اموری نیستند که راهبرد های متمرکز بر کنترل بر آنها اثر گذار باشند(هیز،استروشال و ویلسون[۲]،۲۰۰۳). به عبارت دیگر هر چند کمک گرفتن از دیگران در موقع نگران شدن(کنترل اجتماعی) ممکن است به صورت موقتی مانع از آشفتگی بیشتر شود امّا این راهبرد خود موجب تقویت اجتناب تجربی[۳](اجتناب از افکار، احساسات، تصاویرو تکانه ها درونی) می‌شود که پژوهش‌ها نقش آن را در تداوم نشانه‌های اختلالات اضطرابی نشان داده اند (هیز، استروشال و ویلسون،۲۰۰۳).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی که افراد به صورت فراارزیابی های منفی از غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی های خود دارند عامل اساسی در شکل گیری نگرانی بیمارگون می باشند. این یافته همخوان با پیش بینی اصلی مدل فراشناختی است و همسو با یافته های دیویس و والنتیر(۲۰۰۰) و سیکا،استکتی،جیزی، چیری،فرانچسکینی(۲۰۰۷) می باشد که نشان داده اند باور های مرتبط با کنترل نا پذیری،اختصاصی ترین عاملی است که از میان متغیر های فراشناختی، توانایی پیش بینی نگرانی را در گروه

---

[1].Matteus
[2].Hayes,Stroshal&Willson
[3].Experiential avoidance

های مختلف دارد.

توصیف سیمای نگرانی که نشانه اصلی بسیاری از اختلالات اضطرابی به حساب می آید و شناسایی عوامل تاثیر گذار در شکل گیری و تداوم آن بر اساس مدل های دارای شواهد تجربی به توسعه روش های کارآمدتر برای ارزیابی و درمان اختلالات اضطرابی کمک می کند. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی در جامعه بالینی پیش بینی های مدل فراشناختی مورد ارزیابی قرار بگیرد.

منابع

سیف، علی اکبر.(۱۳۸۲). *روانشناسی تربیتی نوین*. تهران:دوران.

شیرین زاده دستگیری،صمد.(۱۳۸۵). *مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بین بیماران دچا ر اختلال وسواسی-جبری ،اختلال اضطراب منتشر و افرادبهنجار*.پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی،دانشگاه شیراز.

Abramovitz, J.S., whteside,S.A., Kalssy,S.A,&Tolin,D.F. (2003). Thought control strategies in Obsessive –compulsive disorder: A replication and extension. *Behavior Research and Therapy,*41, 529-540.

Amir,N.,Cashman,L.,& Foa,E.B.(1997). Strategies of thought control in obsessive – compulsive Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 775-777.

Antony, M.M.,Orsillo,M.S.,Roemer,L.(2002). *Practionaire guide to empirically based measure Of anxiety*.New York:Kluver Academic Publisher.

Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.*(2nd Ed). New York: Guilford Press.

Behar, E., Alcaine, O., Zuellig, A.R. & Borkovec, T.D. (2003). Screening for generalized Anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: A receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 25–43.

Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279–296.

Coles, M. E., Heimberg , R.(2005). Thought control strategies in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 47-56.

Davey, C.L.,Wells, A .(2006). *Worry and its psychological disorder ,theory, assessment and treatment*. New York: Johon Willy and sons.

Davies, R.N., Valentier, D.(2000). Does metacognition theory enhance our understanding of Pathological worry and anxiety. *Personality and Individual Difference*, 29, 513-526.

Dugas, M. J., Marchanda, A., Ladoucer , R.(2005). Further validation of a cognitive model of Generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specifity.*Journal of Anxiety Disorder*,19 , 329-340.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G.(2003). *Acceptance and commitment therapy*. (2 end).New York: Guilford Press.

Reynolds, M., & Wells, A. (1999). The Thought Control Questionnaire: psychometric Properties in a clinical sample, and relationship with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 29, 1089–1099.

Ruscio, A.M. & Borkovec, T.D.(2004). Experience and appraisal of worry among high Worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1469–1482.

Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L., Franceschini, S.(2007). Metacognitive Beliefs And Strategies Predict Worry, Obsessive–Compulsive Symptoms and Coping Styles: A

Preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.

Szab΄ o, M. & Lovibond , P. (2002). The cognitive content of naturally occurring worry Episodes. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 167–177.

Wells, A., & Mattheus, G. (1996).Emotional disorder. The S_REF model. *Behavior research And therapy, 32*, 867-870.

Wells, A.,Cartter ,K. (2001). Further test of a cognitive model of GAD: metacognition and Worry in GAD, social phobia, panic disorder, depression and non patient . *Behavior Research and Therapy*, 32,85-102.

Wells,A.,Davies,M.(1994). The thought control questionnaire: a mesear of individual Differences in the control of unwanted thought. *Behavior research and therapy*,38, 871_878.

Wells,A., &Cartwright _Hatton, K .(2004). A short form of the metacognitive Questionnaire: properties of MCQ-30 .*Behavior research and therapy*,92,385-396.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Willey press.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression* .UK:Guilford Press.